

記入例

こども医療費受給者証再交付申請書

受給資格者	受給者番号	1	1	1	1	1	1	1	
	氏名	春日部 太郎							
	住所	春日部市 中央七丁目2番地1 カスカベコーポ105号							
こども	氏名	春日部 一郎				生年月日	H. [Ⓡ] 2年 1月 20日		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 春日部市							

再交付の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他（ ）
--------	---

※破損又は汚損の場合は、当該受給者証を添えて申請してください。

上記のとおり、こども医療費受給者証の再交付を申請します。

令和 6年 6月 2日 申請者 住所 } 同上

氏名 春日部 太郎

春日部市長 あて

- ・再交付を受けた後は、「再交付」の印を押した受給者証をお使いください。
- ・再交付の後、紛失した受給者証が見つかった場合は、その受給者証をこども支援課までお返しください。

職員記入欄	確認書類	1点確認 (顔写真付)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		2点確認	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 銀行の通帳又はキャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送		